



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2014

---

## **Frau, Mann - Individuum : Die neuen medizinischen Empfehlungen zur Begleitung von Transmenschen und ihre Auswirkungen auf die Leistungspflicht nach KVG**

Recher, Alecs ; Garcia Nuñez, David

**Abstract:** Geschlechtsangleichende Massnahmen sind, aus medizinischer Sicht, eine erfolgreiche Methode zur Behandlung von Transmenschen und gehören, aus rechtlicher Sicht, grundsätzlich zu den Pflichtleistungen nach KVG. Die Autoren fassen die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie die aktuellen medizinischen Behandlungsempfehlungen zusammen und stellen die aus der Divergenz zwischen den beiden resultierenden Probleme dar. Sie plädieren aus interdisziplinärer Perspektive für eine Rechtsanwendung namentlich durch die Krankenversicherer, die einer lege artis-Behandlung von Transmenschen nicht im Wege steht.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-103938>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Recher, Alecs; Garcia Nuñez, David (2014). Frau, Mann - Individuum : Die neuen medizinischen Empfehlungen zur Begleitung von Transmenschen und ihre Auswirkungen auf die Leistungspflicht nach KVG. Jusletter, (18.08.2014):online.



## Frau, Mann – Individuum

### Die neuen medizinischen Empfehlungen zur Begleitung von Transmenschen und ihre Auswirkungen auf die Leistungspflicht nach KVG

Autoren: Alecs Recher / David Garcia Nuñez

Beitragsarten: Beiträge

Rechtsgebiete: Gesundheitsrecht, Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung

**Zitiervorschlag:** Alecs Recher / David Garcia Nuñez, Frau, Mann – Individuum, in: Jusletter 18. August 2014

*Geschlechtsangleichende Massnahmen sind, aus medizinischer Sicht, eine erfolgreiche Methode zur Behandlung von Transmenschen und gehören, aus rechtlicher Sicht, grundsätzlich zu den Pflichtleistungen nach KVG. Die Autoren fassen die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie die aktuellen medizinischen Behandlungsempfehlungen zusammen und stellen die aus der Divergenz zwischen den beiden resultierenden Probleme dar. Sie plädieren aus interdisziplinärer Perspektive für eine Rechtsanwendung namentlich durch die Krankenversicherer, die einer lege artis-Behandlung von Transmenschen nicht im Wege steht.*

## Inhaltsverzeichnis

- I. Einleitung
- II. Rechtliche Voraussetzungen für das Entstehen der Leistungspflicht
  - 1. Allgemeine Voraussetzungen nach KVG
  - 2. Rechtsprechung des Bundesgerichts
- III. Medizinische Standards und Empfehlungen
  - 1. Diagnosen nach «American Psychiatric Association» und Weltgesundheitsorganisation
  - 2. «Standards of Care» der «World Professional Association for Transgender Health»
  - 3. Behandlungsempfehlungen der Fachgruppe Trans\*
- IV. Bedeutung der neuen medizinischen Standards für die Rechtsanwendung
  - 1. Bindungswirkung von Bundesgerichtsentscheiden
  - 2. Lege artis-Handeln als ärztliche Pflicht
- V. Fazit und Schlussbemerkungen

### I. Einleitung <sup>^</sup>



Woher weiss ein Mensch, welchem Geschlecht er angehört? Weder die Kultur- noch die Naturwissenschaften können bis heute eine befriedigende Antwort auf diese prima vista simple Frage geben. Trotz des anhaltenden wissenschaftlichen Forschungsinteresses bleibt sie in ihrer komplexen Einfachheit offen.<sup>1</sup>



Unbestritten ist jedoch, dass sich nur bei einem Teil der Menschen diese Gewissheit um das eigene Geschlecht, bezeichnet als Geschlechtsidentität, mit den angeborenen körperlichen Merkmalen deckt. Geschlechtsidentität wird definiert als «das tief empfundene innere und persönliche Gefühl der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht, das mit dem Geschlecht, das der betroffene Mensch bei seiner Geburt hatte, übereinstimmt oder nicht übereinstimmt; dies schliesst die Wahrnehmung des eigenen Körpers (darunter auch die freiwillige Veränderung des äusseren körperlichen Erscheinungsbildes oder der Funktionen des Körpers durch medizinische, chirurgische oder andere Eingriffe) sowie andere Ausdrucksformen des Geschlechts, z.B. durch Kleidung, Sprache und Verhaltensweisen, ein.»<sup>2</sup> Tritt eine Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität und dem zugeschriebenen Geschlecht auf, so sprechen wir von Transmenschen, respektive von Transfrauen, wenn die Identität eine weibliche ist, und von Transmännern, wenn die Identität eine männliche ist.<sup>3</sup>



Im gesetzten Schweizer Recht finden sich (fast)<sup>4</sup> keine Regeln zum juristischen Umgang mit Transmenschen; genau so wenig wie eine Legaldefinition von Geschlecht. Recht und Praxis befassten sich bisher primär mit einer Subgruppe von Transmenschen: Mit denen, die eine körperliche Angleichung<sup>5</sup> vornehmen lassen wollten oder bereits vorgenommen hatten. Viele Transpersonen entscheiden sich im Laufe ihres Lebens geschlechtsangleichende Schritte zu unternehmen. Solche können jedoch nicht nur medizinisch-körperlicher, sondern auch psychologischer, sozialer oder rechtlicher Natur sein. In einem Transmenschen kann der Wunsch nach allen vier Komponenten bestehen oder nach nur einem Teil davon. Im Bereich der medizinisch-körperlichen Geschlechtsangleichung ist wiederum zu differenzieren nach hormoneller Therapie, operativer Behandlung, Epilation und Logopädie.



Psychotherapeutische Massnahmen können zur Stärkung des Selbstbewusstseins und zum verbesserten Schutz vor Stigmatisierung und Ausschluss beitragen. Eine soziale Transition kann dadurch erfolgen, dass eine Person beispielsweise ihr äusseres Erscheinungsbild ihrer Geschlechtsidentität angleicht, indem sie ihren Kleidungsstil und/oder ihre Körpersprache ändert und das Verwenden eines adäquaten sozialen Namens mit entsprechender Pronomenänderung von ihrer Umwelt einfordert. Schliesslich kann mittels Änderung des amtlichen Vornamens und Geschlechts die Geschlechtsangleichung rechtlich vollzogen werden.<sup>8</sup>

[Rz 4]

Dass sich Jurist/innen<sup>7</sup> erst seit jüngerer Zeit auch mit Transmenschen befassen, die keine (möglichst weitgehende) medizinische Angleichung vornehmen lassen, ist nicht zuletzt eine Folge des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschrittes selbst. Wurde früher namentlich von medizinischer Seite eine vollständige medizinische, soziale und rechtliche Angleichung erwartet im Sinne eines «one size fits all» Ansatzes, so ist heute Platz für individuell-differenzierten Angleichungsbedarf. Der bisherige Konsens eines linearen Binarismus der Geschlechtsidentität, welcher ungeachtet der Vorstellungen der einzelnen Transperson diese in eine Entweder-Frau-oder-Mann-Entscheidungslogik stürzte, erwies sich für einen Teil der Transmenschen als ausschliessend. Die daraus erbaute Schranke zur medizinischen Versorgung rief Kritik sowohl von Transmenschen als auch von Ärzt/innen hervor und hat dazu geführt, dass neue Behandlungsempfehlungen für die Schweiz verfasst und im Mai 2014 publiziert wurden.<sup>8</sup> Dieser Schritt wird zum Anlass genommen, im Folgenden eine interdisziplinäre Betrachtung der Wechselwirkung zwischen dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften und der Rechtsanwendung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorzunehmen.

## II. Rechtliche Voraussetzungen für das Entstehen der Leistungspflicht <sup>^</sup>

[Rz 5]

Damit der Krankenversicherer pflichtig wird, die durch medizinische Angleichungsmassnahmen anfallenden Kosten zu übernehmen, müssen die allgemein geltenden Voraussetzungen des KVG erfüllt sein. Diese allgemeinen Voraussetzungen konkretisierte das Bundesgericht seit den späten 70er-Jahren spezifisch für die Behandlung von Transmenschen. Im Folgenden werden diese beiden Komponenten, allgemeine Voraussetzungen nach KVG und (Entwicklung der konkretisierenden) Rechtsprechung, beleuchtet.

### 1. Allgemeine Voraussetzungen nach KVG <sup>^</sup>

[Rz 6]

In der Schweiz werden für Transmenschen, die eine körperliche Angleichung wünschen, sowohl endokrinologische als auch der Grossteil der chirurgischen Eingriffe sowie Epilation und Logopädie angeboten. In diesen Fällen entsteht eine Leistungspflicht der Krankenpflegeversicherer, wie bei andern medizinischen Behandlungen auch, wenn die allgemeinen Voraussetzungen nach KVG erfüllt sind. Dies sind:

- Vorliegen einer Krankheit im Sinne von Art. 3 Abs. 1 ATSG
- Behandlung im Inland (Art. 34 KVG) und an einem anerkannten Ort im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG
- Behandlung durch einen anerkannten Leistungserbringer (Art. 25 und 35 ff. KVG)
- kein Ausschluss der Leistung (Negativliste) nach Art. 33 Abs. 1 KVG
- Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung (WZW-Kriterien) nach Art. 32 KVG

[Rz 7]

In der Praxis kommen vor allem zwei Fälle geschlechtsangleichender Massnahmen häufig vor, bei denen die Versicherer entsprechend dieser Voraussetzungen keine Leistungspflicht trifft: Einerseits im Ausland vorgenommene Operationen, insbesondere Genitalangleichungen, und andererseits Epilationen, also die Entfernung von Gesichts- und Körperbehaarung bei Transfrauen, durch die Kosmetikerin als nicht anerkannte Leistungserbringerin.<sup>9</sup>

## 2. Rechtsprechung des Bundesgerichts <sup>^</sup>

[Rz 8]

Krankheitswert im sozialversicherungsrechtlichen Sinn schrieb das Bundesgericht dem Bedarf nach körperlicher Angleichung bereits 1979 zu.<sup>10</sup> Gleichfalls bundesgerichtlicher Rechtsprechung entspricht der Grundsatz, dass die Kosten für alle Massnahmen, die für die Geschlechtsangleichung notwendig sind, vom Versicherer übernommen werden müssen, sofern im entsprechenden Einzelfall alle gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Explizit umfasst dies sowohl die operative Entfernung als auch «Vorkehren der plastischen und Wiederherstellungs-Chirurgie, durch welche die betreffende Person mit neuen Geschlechtsorganen versehen wird (...) [sowie] die ergänzenden Massnahmen zur Veränderung der sekundären Geschlechtsmerkmale». <sup>11</sup> Von den angebotenen Behandlungen wird demgemäss keine ganz von der Leistungspflicht ausgeschlossen.

[Rz 9]

Bei der Beurteilung, ob die gesetzlichen Voraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind, stehen die WZW-Kriterien im Vordergrund. Das Bundesgericht konkretisierte diese im Jahr 1988 für geschlechtsangleichende Massnahmen durch drei Voraussetzungen. «Anhand eingehender Darlegungen zahlreicher Spezialärzte im Bereich der Psychiatrie, der Endokrinologie sowie der plastischen und Wiederherstellungs-Chirurgie zur heutigen medizinischen Praxis im Bereich der Geschlechtsumwandlungs-Operationen hat das Gericht festgestellt, dass diese Operationen, die nun seit rund 15 Jahren in der Schweiz durchgeführt werden, schweren Fällen von echtem Transsexualismus vorbehalten bleiben müssen, die mit Psychotherapie und Hormontherapie allein nicht angegangen werden können. Um jede Verwechslung mit andern, analogen und nicht irreversiblen psychischen Störungen zu vermeiden, muss die Diagnose sehr sorgfältig gestellt werden. Die Operation darf erst nach vorangegangenen eingehenden psychiatrischen und endokrinologischen Untersuchungen und nach mindestens zweijähriger Beobachtung vom 25. Altersjahr hinweg ins Auge gefasst werden.» <sup>12</sup>

[Rz 10]

Das Bundesgericht schrieb zudem fest, dass die drei Voraussetzungen «ungeachtet der konkreten persönlichen Umstände» von allen Patient/innen zu erfüllen seien.<sup>13</sup> Diese Verallgemeinerung und dadurch «mechanische» Anwendung, namentlich der Zwei-Jahres-



Regel, taxierte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte als Verletzung des Rechts auf Privatleben (Art. 8 EMRK).<sup>14</sup> Das daraufhin ergangene Revisionsurteil Schlumpf<sup>15</sup> führte zu der bisher einzigen Veränderung an den drei Voraussetzungen: Die Zwei-Jahres-Regel soll weiterhin als Grundregel gelten, von der jedoch im Einzelfall abgerückt wird, wenn bereits früher eine gesicherte Diagnose vorliegt. Die frühere, starr mechanische Anwendung ist jedoch nicht nur im Lichte von Art. 8 EMRK, sondern auch aus Sicht des Schweizer Rechts nicht haltbar: Mit der Zweckmässigkeitsprüfung (Art. 32 Abs. 1 KVG) fordert auch das KVG zwingend eine Einzelfallprüfung. Entfällt eine solche, werden die Kriterien der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit ihres Wesens beraubt.

**Rz 11** Kritisch zu betrachten ist das Erstellen allgemeiner Bedingungen durch das Bundesgericht überdies aus kompetenzrechtlicher Sicht. Im Listensystem des KVG bilden solche allgemeingültigen Bedingungen die sogenannten Negativlisten, durch die die Pflichtleistungsvermutung diagnosespezifisch eingeschränkt wird. Die Kompetenz zum Erstellen der Negativlisten steht nach Gesetz allein der Exekutive zu (Art. 33 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 33 lit. a KVV). Durch die gewählte absolute Formulierung über den Einzelfall hinaus masste sich das Bundesgericht folglich eine Kompetenz einer andern Staatsgewalt an. Da die Liste gemäss Bundesgericht abschliessenden Charakter hat, besteht kein Raum für Ergänzungen.<sup>16</sup> Die Exekutive hingegen hat von ihrer Kompetenz im Bereich der geschlechtsangleichenden Massnahmen bisher keinen Gebrauch gemacht (Anhang 1 zur KLV). Ohne einen solchen Eintrag in der Negativliste muss nach dem System des KVG für die ärztliche Leistung entsprechend die Pflichtleistungsvermutung gelten, und es muss folglich beurteilt werden, ob die Behandlung in casu wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist.

### III. Medizinische Standards und Empfehlungen <sup>^</sup>

**Rz 12** Die medizinischen Standards zur Behandlung von Transmenschen werden geprägt von der dahinterliegenden Definition, wann eine Person die Diagnose des Trans-Seins erhalten soll, und von der darauf aufbauenden Beschreibung einer lege artis-Behandlung. Im Folgenden werden die aus globaler Sicht relevantesten Diagnosen, diejenige der American Psychiatric Association und die der Weltgesundheitsorganisation, sowie die weltweiten Behandlungsstandards und die Schweizer Behandlungsempfehlungen vorgestellt.

#### 1. Diagnosen nach «American Psychiatric Association» und Weltgesundheitsorganisation <sup>^</sup>

**Rz 13** Die zeitgemässe medizinisch-psychiatrische Behandlung von Transmenschen wird durch die Diagnose der Genderdysphorie (DSM-5:302.85) geleitet. Diese besteht, wenn bei einer Person das Bewusstsein einer Inkongruenz zwischen der Geschlechtsidentität und dem bei Geburt aufgrund körperlicher Merkmale zugewiesenen Geschlecht anhält (Kriterium A) und sie dadurch in unterschiedlichen Bereichen ihres Lebens beeinträchtigt wird (Kriterium B). Zur genaueren Erfassung der Genderdysphorie wurde seitens der American Psychiatric Association (APA) im Mai 2013 folgende Operationalisierung im Rahmen der 5. Version des

Diagnosemanuals (DSM-5)<sup>17</sup> publiziert:

#### Kriterium A

Eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen erlebter/erfahrener und (bei Geburt) zugeschriebener Geschlechtsidentität, die mindestens 6 Monate dauert und sich durch zwei oder mehr der folgenden Merkmale manifestiert:

- Ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erlebten/erfahrenen Geschlechtsidentität und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder im Fall von Jugendlichen: den vorweggenommenen Auswirkungen von sekundären Geschlechtsmerkmalen)
- Starker Wunsch, aufgrund der erlebten/erfahrenen Geschlechtsidentität sich der primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zu entledigen (oder im Fall von Jugendlichen: der Wunsch, die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern)
- Starker Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu besitzen
- Starker Wunsch, dem anderen (oder einem zum zugewiesenen alternativen) Geschlecht anzugehören
- Starker Wunsch, als Angehöriger des anderen (oder eines zum zugewiesenen alternativen) Geschlechts behandelt zu werden
- Starke und feste Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen (oder eines zum zugewiesenen alternativen) Geschlechts zeige

#### Kriterium B

Der Zustand ist verknüpft mit klinisch relevantem Leiden oder Beeinträchtigung im sozialen, in beruflichen oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen.

**Rz 14** Mit dieser Konzeptualisierung vollzieht die APA mehrere Schritte, welche die Behandlung von Transmenschen im Vergleich zur Vergangenheit grundsätzlich verändert. Darunter sind aus medizinisch-psychiatrischer Sicht folgende besonders hervorzuheben:

- Erstmals wird das Vorhanden- und Bewusstsein einer Geschlechtsinkongruenz nicht pathologisiert. Gendervarianz wird als Normvariante menschlichen Daseins betrachtet. Erst die gesellschaftlich bedingten Folgen, wie z. B. Diskriminierung, rufen das klinisch relevante Leiden hervor. Konkrete negative Erfahrungen werden nicht vorausgesetzt, deren Antizipation ist ausreichend.
- Explizit wird anerkannt, dass das Prinzip der bipolaren Geschlechterkategorisierung im medizinisch-psychiatrischen Kontext keine Allgemeingültigkeit besitzt. Die Verortung einer Geschlechtsidentität und/oder einer Geschlechtsrolle jenseits der Zweigeschlechtlichkeit von Mann und Frau muss nicht zwingend auf eine Pathologie hinweisen.
- Die neue Diagnose ist nicht an den zwingenden Wunsch einer körperlichen Angleichung gekoppelt.
- Diese Entpathologisierung von nicht-normativen Geschlechtskategorien führt zu einer Abkehr von früheren Identitätsdiagnostiken, welche insbesondere durch die Suche nach dem «echten Transsexualismus»<sup>18</sup> geprägt war. Dadurch werden Transmenschen neu



nicht mehr in ein von Fristen und Tests geprägtes pseudogutachterliches Setting gezwungen, sondern im Rahmen der gewöhnlichen somato- und psychotherapeutischen Beziehung behandelt.

- Die Fokussierung auf das reale Erleben und auf die allfälligen Beeinträchtigungen im Alltag von Transmenschen eröffnet die Möglichkeit, individuelle Interventionen zu entwickeln. In diesem Sinne wird das Konzept der normierten Standardbehandlung verlassen.
- Kongruent und kombiniert mit den vorherigen Punkten führt diese neue therapeutische Freiheit zur Möglichkeit der Entwicklung therapeutischer Lösungen, welche sich dualer Entscheidungslogiken (man muss im Leben entweder vollständig Mann oder vollständig Frau sein) entziehen. Dies dann, wenn es der Geschlechtsidentität einer Transperson entspricht, dass Geschlechtsrolle und Körper die bipolare Geschlechterkategorisierung verlassen.

Die Relevanz dieser Richtungsänderung im medizinisch-psychiatrischen Denken wird beim Vergleich zu der für die WHO noch geltenden Konzeptualisierung des «Transsexualismus» offensichtlich. Eine Person gilt gemäss der im Kapitel F (Psychische und Verhaltensstörungen<sup>19</sup>) der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (ICD-10)<sup>20</sup> aufgeführten Kriterien dann als «transsexuell» (ICD-10: F64.0), wenn folgende drei Kriterien erfüllt sind:

#### Kriterium 1

- Die Betroffenen haben den Wunsch, als Angehörige des anderen Geschlechtes zu leben und als solche akzeptiert zu werden, in der Regel verbunden mit dem Wunsch, den eigenen Körper durch chirurgische und hormonelle Behandlungen dem bevorzugten Geschlecht anzugleichen.

#### Kriterium 2

- Die transsexuelle Identität besteht andauernd seit mindestens zwei Jahren.

#### Kriterium 3

- Der Transsexualismus ist nicht Symptom einer anderen psychischen Erkrankung, wie z. B. einer Schizophrenie und geht nicht mit einer Chromosomenaberration einher.

Nebst der Problematik, dass es auf einer ausschliesslichen Bipolarität (zum eigenen steht nur das «andere Geschlecht» als Alternative) gründet, leidet das Transsexualitätskonzept unter einer prominenten Vermischung zwischen Diagnostik und Therapie, was dem sonstigen medizinischen Denken fremd ist: Um geschlechtsangleichende Behandlungen zu erhalten, muss eine «transsexuelle» Person als solche anerkannt werden, was nur geht, wenn sie sich die Massnahmen wünscht. Die Kehrseite dieser Matthäus-Logik («Wer (den Wunsch) hat, dem wird (die Behandlung) gegeben») waren rigide standardisierte Behandlungsverfahren, welche einerseits dazu verhelfen sollten, die «echten» von den «unechten Transsexuellen» zu unterscheiden. Andererseits zeigten die geringe Flexibilität und die Nomenklatur früherer

Standards, dass die Verletzung der Geschlechtergrenze das Bestehen einer besonders harten Prüfung voraussetzte. Diese bestand unter anderem aus einem sogenannten Alltagstest<sup>21</sup> und der endgültigen – gewollten und/oder strukturell erzwungenen – Zerstörung der Gonaden. Retrospektiv gesehen muss dieser Versuch, diagnostische Unschärfe durch scharfkantige Behandlungsselektionskriterien zu korrigieren, als gescheitert erachtet werden.

Den neuen Prinzipien der American Psychiatric Association entsprechend wurden neue internationale und nationale Behandlungsempfehlungen herausgegeben. In der Folge werden sie kurz skizziert und wichtige Unterschiede hervorgehoben.

## 2. «Standards of Care» der «World Professional Association for Transgender Health»<sup>A</sup>

Der Weltverband für Transgendergesundheit, The World Professional Association for Transgender Health (WPATH), ist ein internationaler, interdisziplinärer Fachverband, dessen Zweck darin besteht, evidenzbasierte Versorgung, Ausbildung und Forschung im Bereich der Transmedizin zu fördern. In diesem Sinne besteht eine der Hauptaufgaben der WPATH darin, Versorgungsempfehlungen für Transpersonen mittels «Standards of Care» (SoC) zu formulieren. Diese basieren auf dem neuesten Wissensstand von und Konsens unter Expert/innen. Die bereits zu diesem Zeitpunkt angedachten diagnostischen Veränderungen der APA vorwegnehmend, wurde im Jahr 2011 die 7. Version der SoC (SoC-7) in Englisch<sup>22</sup> publiziert, ein Jahr später erschien die deutsche Übersetzung.<sup>23</sup>

Im Gegensatz zu früheren SoC-Publikationen wurde in der 7. Version versucht, sowohl «relevante Aspekte des kulturellen Wandels» als auch «Erkenntnisfortschritte im Rahmen der klinischen Versorgung» zu integrieren. Ebenso wurde explizit anerkannt, dass sich für Transmenschen «Themen mit Einfluss auf die psychische Gesundheit ergeben können, die über die Notwendigkeit einer Hormontherapie und chirurgischer Interventionen hinausgehen können».<sup>24</sup> Es war daher der Impetus dieser Behandlungsempfehlungen, kulturübergreifend möglichst viele Aspekte der Gesundheit von Transmenschen und ihre «flexible Handhabung» zu thematisieren. Folglich äusserte sich die WPATH auch zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen.<sup>25</sup>

In den SoC-7 werden unterschiedlichste Behandlungsmöglichkeiten erwähnt, beispielsweise solche, die darauf hinzielen die (geschlechtstypische) Rolle zu verändern oder Möglichkeiten, das Recht auf Privatleben durch Änderung von Name und amtlichem Geschlecht zu schützen. Ferner werden Massnahmen, welche sich auf spezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Aspekte beziehen und somato-medizinische Eingriffe zur körperlichen Angleichung aufgeführt.<sup>26</sup> Namentlich werden je nach individueller Situation der betreffenden Person folgende somato-medizinische Behandlungsoptionen thematisiert und empfohlen:

- dermatologische Behandlungen (Haarentfernung)<sup>27</sup>
- maskulinisierende bzw. feminisierende sowie pubertätsunterdrückende Hormontherapien<sup>28</sup>
- chirurgische Massnahmen zur Veränderung primärer und/oder sekundärer



Geschlechtsmerkmale<sup>29</sup>

- chirurgische Interventionen im nicht-genitalen Bereich (u. a. Gesichtsoptionen, Phonochirurgie, Abschleifen des Adamsapfels, Haarrekonstruktion)<sup>30</sup>
- sprach-, stimm- und kommunikationstherapeutische Therapien<sup>31</sup>

[Rz 31] Bei der Beschreibung der Anliegen und der Anwendbarkeit der SoC-7<sup>32</sup> betont die WPATH, dass Transmenschen von diesen bio-psycho-sozialen bzw. juristischen Massnahmen unterschiedlich Gebrauch machen werden. Das Vorgehen bei der Behandlung ist individuell.<sup>33</sup> Sie legt weder Wartezeiten, Behandlungsfristen, Alltagstests noch Behandlungsreihenfolgen fest. Die SoC-7 anerkennen die Individualität jeder Transperson und ernennen die Abstimmung zwischen ihren Bedürfnissen und der zu wählenden geschlechtsangleichenden Therapie(n) zu einem der Handlungsprinzipien.<sup>34</sup> Und obschon die SoC-7 nicht grundsätzlich von einer Indikationsempfehlung abweichen, legen sie besonders Wert auf die informierte und auf freiem Willen basierende Einwilligung (informed consent).<sup>35</sup> Damit wird die Wichtigkeit der Expertise jedes Transmenschen für seine adäquate Behandlung betont.

### 3. Behandlungsempfehlungen der Fachgruppe Trans\* ^

[Rz 22] In Anbetracht dieser diagnostischen und therapeutischen Veränderungen und das Urteil des EGMR *Schlumpf* vor Augen beauftragte das Gender-Dysphorie-Team<sup>36</sup> am Universitätsspital Zürich im Jahr 2012 die Fachgruppe Trans\*<sup>37</sup> mit dem Verfassen neuer Behandlungsempfehlungen. Mit diesem Schritt wünschte sich das Behandlungsteam eine konsenterte, medizin-ethisch konforme und wissenschaftlich aktualisierte Basis zu erschaffen. Diese sollte im klinischen Alltag dazu dienen, adäquatere Entscheidungen gegenüber Transmenschen wie aber auch gegenüber Krankenkassen und amtlichen Stellen treffen und begründen zu können. Diese Empfehlungen sollten sich zwar an den SoC-7 der WPATH orientieren, jedoch gleichzeitig auch die nationale Situation der Schweiz berücksichtigen.

[Rz 23] Im Grundsatz unterscheiden sich entsprechend die Empfehlungen der Fachgruppe Trans\*<sup>38</sup> kaum von den Maximen der WPATH. Das Prinzip der Entpathologisierung der unterschiedlichen Geschlechtsidentitäten, die Abkehr vom bipolaren Geschlechtsaxiom, die Priorisierung der Bedürfnisse der einzelnen Transperson vor der psychiatrischen Konzeptualisierung von Transidentitäten und die Berücksichtigung des informed-consent-Prinzips bilden zentrale Bestandteile der Empfehlungen. Wie bei den SoC-7 ergeben sich aus diesen Überlegungen auch für die Transmenschen in der Schweiz individuelle und flexible Behandlungsansätze, welche den Alltagstest und eine fixierte Behandlungsreihenfolge obsolet machen.

[Rz 24] Der grösste Unterschied zu den SoC-7 besteht darin, dass die Schweizer Empfehlungen nicht als Standards bezeichnet werden. Aufgrund der problematischen Vorgeschichte, welche frühere «deutsche Standards» mit diesem Wort verbindet – es handelte sich dabei um einen Expertenkonsens und keine eigentlichen wissenschaftlichen Standards – distanzierte sich die Fachgruppe bewusst von einer solchen Nomenklatur. Im Gegenzug wurde mittels der

Terminologie der «Empfehlung» die Offenheit der Behandlungsoptionen zusätzlich unterstrichen. Ferner stand von Beginn an fest, dass sich die Empfehlungen – den Auftraggeber, welcher hauptsächlich erwachsene Personen behandelt, berücksichtigend – ausschliesslich auf den Erwachsenenbereich (über 18-Jährige) beziehen sollen. Für die Therapie von Kindern und Jugendlichen wird – mangels einer an die nationalen Begebenheiten angepassten Alternative – auf die SoC-7 verwiesen. Gleichzeitig machen die Behandlungsempfehlungen keinen Unterschied zwischen Transmenschen unter- bzw. oberhalb des 25. Lebensjahrs. Dies aus dem einfachen Grund, dass aus medizin-psychiatrischer Sicht keine rationale Begründung existiert, welche das helvetische Kuriosum, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen vom Alter der Klient/innen abhängt, rechtfertigen würde. Ganz im Gegenteil: Studien zum psychischen, sozialen und beruflichen Wohlergehen von Transpersonen, die eine operative Angleichung vornehmen liessen, zeigen, dass gerade junge Transpersonen eine bessere Prognose haben.<sup>39</sup> Daher ist diese Altersgrenze als arbiträr zu bezeichnen.

## IV. Bedeutung der neuen medizinischen Standards für die Rechtsanwendung ^

[Rz 25] Der Versicherer ist beim Entscheid zur Leistungsübernahme dem gesetzten Recht und damit primär zur Anwendung des KVG verpflichtet, welches für alle Versicherten einen einheitlichen Leistungskatalog will. Das bedeutet, dass dem Versicherer – zumindest theoretisch – nach dem Legalitätsprinzip kein Spielraum zusteht, eine Leistung zu übernehmen, wenn die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, respektive abzulehnen, wenn sie erfüllt sind (Art. 34 Abs. 1 KVG). In der Praxis erleben wir Autoren jedoch eine Bandbreite unterschiedlicher Entscheide über die Kostenübernahme von medizinisch indizierten Geschlechtsangleichungen. Während beispielsweise bei einigen jungen Erwachsenen vor dem 25. Altersjahr die Kosten für geschlechtsangleichende Eingriffe übernommen werden, beharren bei vergleichbaren andern Personen die Versicherer auf dem Mindestalter als *conditio sine qua non*. Dasselbe Bild zeigt sich auch in Bezug auf die zwei weiteren vom Bundesgericht aufgestellten Voraussetzungen, der Behandlungsabfolge und der Zwei-Jahres-Regel. Die Ablehnungen werden damit begründet, dass die vom Bundesgericht aufgestellten Voraussetzungen nicht erfüllt seien und eine Kostenübernahme daher nicht erfolgen könne. Im Resultat wird zurzeit das Ziel des einheitlichen Leistungskataloges nicht erreicht. Es ist daher zu diskutieren, wie diesem Ziel die notwendige Nachachtung (wieder-)verschafft werden kann, insbesondere ob den Bundesgerichtsentscheiden, die die drei Voraussetzungen aufstellten, oder den aktuellen Behandlungsempfehlungen, die diese verwerfen, ein Vorrang zukommen soll.

### 1. Bindungswirkung von Bundesgerichtsentscheiden ^

[Rz 26] Die Divergenz zwischen Medizin und Rechtsprechung könnte durch einen neuen Bundesgerichtsentscheid ausgeräumt werden. Doch: Wo kein Kläger, da kein Richter. Wann eine neuerliche Klage zu dieser Frage beim Bundesgericht anhängig gemacht werden wird, ist reine Lotterie – wie das Bundesgericht entscheiden würde selbstredend eine offene Frage. Den rechtsgleichen Zugang einer Patient/innengruppe zu fachgerechter Behandlung von

solcher Zufälligkeit abhängig zu machen, kann jedoch weder aus juristischer noch medizinischer Sicht überzeugen. Es stellt sich demnach die Frage, ob die Geltungskraft der bisherigen Rechtsprechung unvermindert fortwährt, solange keine versicherte Person erneut und erfolgreich mit dieser Frage ans Bundesgericht gelangt, oder ob die Wirkung auch ohne dies verblassen kann. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass alternativ die Exekutive oder allenfalls die Legislative innerhalb ihrer jeweiligen Kompetenzgrenzen eine Klärung herbeiführen könnten. Diese naturgemäss politisch gefärbten Optionen sollen hier jedoch nicht diskutiert werden.

Eine zwingende Bindungswirkung von höchstrichterlichen Entscheiden ist dem Schweizer Recht fremd, die richterliche Unabhängigkeit beinhaltet auch, dass «die Gerichte aller Stufen (...) rechtlich frei [sind], bestimmte Rechtsfragen abweichend von der bekannten Auffassung einer Rechtsmittelinstanz zu beantworten.»<sup>40</sup> Sind die Gerichte als Rechtsmittelinstanz frei, so muss diese Freiheit auch den Krankenversicherungen zugestanden werden, sind diese als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung doch an dasselbe Recht gebunden. Ein Rechtsverstoss kann dem Versicherer demnach nicht vorgeworfen werden, wenn er dem Wortlaut des Bundesgerichts nicht folgt.

In der Fortentwicklung und Bestätigung seiner Praxis stützte sich das Bundesgericht seit den 70er-Jahren<sup>41</sup> ausnahmslos und explizit auf medizinische Fachaussagen und/oder entsprechende Literatur, soweit ihm diese bekannt waren. Im Entscheid aus dem Jahr 1988, mit dem die WZW-Kriterien durch die drei Voraussetzungen Mindestalter, Zwei-Jahres-Regel und Behandlungsabfolge konkretisiert wurden, klingt dies folgendermassen: «Anhand eingehender Darlegungen zahlreicher Spezialärzte (...) zur heutigen medizinischen Praxis (...) hat das Gericht festgestellt (...)».<sup>42</sup> Im Jahr 2005 hielt das Eidgenössische Versicherungsgericht an den 1988 aufgestellten Voraussetzungen fest, mit der Begründung, dass «aus rechtlicher Sicht auch unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der Medizin nach wie vor eine erhebliche Zurückhaltung und Vorsicht als angebracht» erscheine.<sup>43</sup> In dem 2009 erlassenen Revisionsurteil Schlumpf, dem jüngsten Entscheid dazu, findet sich dann folgende Erwägung: «Prüft man das Erfordernis (...) im Lichte aktueller (...) Behandlungsrichtlinien, zeigt sich folgendes Bild (...)».<sup>44</sup> Die Intention des Gerichts, die Leistungspflicht der Versicherer mit dem Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft und damit auch der lege artis-Behandlung in Einklang zu halten, ist unverkennbar. Für den Einbezug sozialer und wissenschaftlicher Entwicklungen bei der Beurteilung der Rechte von Transmenschen plädiert wiederholt auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte: «(...) this Court has since 1986 emphasised the importance of keeping the need for appropriate legal measures under review having regard to scientific and societal developments (...)».<sup>45</sup> Der Versicherer, der heute die WZW-Kriterien nach dieser Regel konkretisiert und entsprechend die Beurteilung nach den SoC-7 und den Schweizer Behandlungsempfehlungen von 2014 vornimmt, handelt damit in Einklang mit der Grundregel des EGMR sowie im Geiste der bundesgerichtlichen Praxis, obschon er den reinen Wortlaut von letzterer verlässt. Eine solche Konkretisierung der WZW-Kriterien fingiert eine heutige Haltung des Bundesgerichts, die dieses mangels anhängigen Falls nicht zum Ausdruck bringen kann; davon ausgehend, dass das Gericht seinen eingeschlagenen Erwägungsweg nicht verlassen würde. Unseres Erachtens ist dies in einem Rechtsgebiet wie dem Gesundheitsrecht, welches chronisch der zu beurteilenden Realität hinterherhinkt, gleichzeitig

aber den Kern des menschlichen Seins bestimmt, ein zu begrüssender Akt.

Da die WZW-Kriterien von Gesetzes wegen zwingend zu erfüllen sind, ist der Vorrang der SoC-7 und der Behandlungsempfehlungen der Fachgruppe Trans\* dann unzulässig, wenn eine nach diesen durchgeführte Behandlung nicht wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Die Wirksamkeit als objektive Eignung, «auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken»<sup>46</sup>, ist heute für geschlechtsangleichende Eingriffe zur Behandlung von Transmenschen sowohl medizinisch als auch sozialversicherungsrechtlich unbestritten. Medizinisch nachgewiesen und anerkannt ist heute, wie vorstehend dargelegt, auch die Wirksamkeit körperlicher Angleichungsmassnahmen bei Transmenschen unter 25 Jahren sowie unabhängig von einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Begleitung minimaler Dauer. In Ergänzung zu dieser allgemein-wissenschaftlichen Perspektive sind Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit stets mit Blick auf den Einzelfall und in Relation zu allfälligen Behandlungsalternativen zu evaluieren.<sup>47</sup>

Interessant bei der Beurteilung der WZW-Kriterien ist das Zusammenspiel zwischen der heutigen lege artis-Behandlung und der Wirtschaftlichkeit. Die Überlegung des Bundesgerichts war es, durch die aufgestellten Voraussetzungen Eingriffe zu verhindern, die nicht notwendig sind und daher nicht im Einklang mit den WZW-Kriterien stehen. Ob dieses Ziel erreicht wurde, wurde allerdings bisher nicht evaluiert und ist aus unserer Sicht aus den nachfolgenden Überlegungen kritisch zu hinterfragen.

Nach SoC-7 und Behandlungsempfehlungen der Fachgruppe Trans\* sollen nur die Eingriffe durchgeführt werden, die von der Transperson gewünscht werden und entsprechend soll auf im Einzelfall nicht gewünschte Behandlungen verzichtet werden. Damit entfallen insbesondere Behandlungen, die bisher nur aufgrund der vom Bundesgericht aufgestellten Voraussetzungen durchgeführt wurden. An einem Beispiel illustriert: Transfrau A bedarf der Epilation ihres Bartschattens und eines Brustaufbaus, wünscht jedoch keine weiteren Angleichungsmassnahmen. Nach Rechtsprechung des Bundesgerichts muss A (im Regelfall) zwei Jahre psychiatrische Begleitung mitmachen sowie während einem Jahr Hormone substituieren – beides unter Vergütung durch die Krankenversicherung – um anschliessend auch die Kosten der notwendigen Behandlung (Epilation und Brustaufbau) erstattet zu erhalten. Nach den heutigen Behandlungsempfehlungen erhielte A Zugang zu Bartepilation und Brustaufbau ohne die unerwünschten vorgängigen Behandlungsschritte. Durch den Wegfall der Kosten für Begleitung und Hormontherapie fällt die Behandlung wirtschaftlicher aus.

Unserer Erfahrung nach nicht von der Hand zu weisen ist zudem die Wahrscheinlichkeit, dass durch diese Bedingungen im Gegenteil zusätzliche Behandlungen ausgelöst und damit zusätzliche Kosten generiert werden. Denn diese Kriterien führen in der Praxis zur Ablehnung der Kosterübernahme auch von medizinisch indizierten Behandlungen und verunmöglichen diese dadurch meist. Daraus resultierende psychische Folgeerkrankungen bedürfen jedoch zusätzlicher Behandlung, deren Kosten von den Versicherern zu tragen sind. Sollte in Zukunft entgegen dem aktuellen Wissensstand der Medizin an den drei Voraussetzungen festgehalten werden, wäre eine entsprechend vertiefte und ganzheitliche ökonomische



Betrachtung wünschenswert.

## 2. Lege artis-Handeln als ärztliche Pflicht <sup>^</sup>

[Rz 33] Studien zeigen, dass ein überproportionaler Anteil der Trans-Bevölkerung vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen ist.<sup>48</sup> Dies zieht eine überdurchschnittliche ökonomische Schwäche nach sich und eine verstärkte Abhängigkeit von der Kostenübernahme durch die Krankenversicherer, um Zugang zur medizinischen Behandlung zu erhalten. Das Einfordern der bundesgerichtlichen Kriterien führt daher dazu, dass die Versicherten eine nach heutigem Wissensstand fachgerechte Behandlung nicht erhalten, da sie diese nur auf eigene Kosten durchführen lassen könnten, was ihnen jedoch meist unmöglich ist. In Frage gestellt wird dadurch das namentlich in Art. 12 Abs. 1 UNO-Pakt I verankerte Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit.<sup>49</sup> Ohne Kostenübernahme steht aber auch das medizinische Fachpersonal unter dem Zwang, die veralteten Behandlungsstandards anzuwenden – was ihrer Rechtspflicht, nach dem aktuellen Wissensstand ihrer Disziplin zu handeln, widerspricht.

[Rz 34] Diese Berufspflicht, lege artis zu handeln, trifft nebst den behandelnden Ärzt/innen auch die Vertrauensärzt/innen der Krankenkassen. Diesen steht weder eine direkte Entscheidungskompetenz über die Kostenübernahme zu, noch ist ihre Beurteilung für die Versicherung bindend. Doch stellt ihre Einschätzung eine erste entscheidende Weiche, ob eine Kostengutsprache erfolgt oder das Begehren abgelehnt wird. Die Berufspflicht des lege artis-Handelns bedeutet für die Vertrauensärzt/innen, ihre Beratungstätigkeit gegenüber dem Versicherer (Art. 57 Abs. 4 KVG) in Anwendung des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes auszuüben. Damit finden sie sich bei seltenen Behandlungen wie Geschlechtsangleichungen in einer diffizilen Situation wieder: Auf der einen Seite liegen ihnen Einschätzungen der behandelnden Kolleg/innen vor, meist aus den Bereichen Psychiatrie und Psychologie, die über das einschlägige Fachwissen verfügen, auf der anderen Seite sollten sie als meist auf dem Gebiet der Behandlung von Transmenschen nicht einschlägig versierte Mediziner/innen<sup>50</sup> dem Versicherer eine Experteneinschätzung abgeben und dazu auch die Einschätzung der Kolleg/innen kritisch prüfen. Trotz dieser offensichtlichen Schwierigkeit können die Vertrauensärzt/innen nicht von der Pflicht entbunden sein, lege artis zu handeln, das heisst in Übereinstimmung mit den jeweils aktuell von ihrer Profession anerkannten Standards vorzugehen.

## V. Fazit und Schlussbemerkungen <sup>^</sup>

[Rz 35] Das Beispiel der medizinisch-körperlichen Geschlechtsangleichung zeigt, welche Spannungen sich aus einer Rechtsprechung ergeben, die eine Momentaufnahme des Wissensstandes der Medizin einfriert, und dem Auftrag der Medizin zu lege artis-Behandlung und eigener Weiterentwicklung durch Forschung. Die Rechtsprechung könnte den daraus entstehenden Divergenzen präventiv entgegenwirken durch Erwägungen, die der Rechtsanwendung eine Dynamik entlang des wissenschaftlichen Fortschrittes nicht nur explizit erlauben, sondern auferlegen.

[Rz 36] Unserer Meinung nach ist es in der diskutierten Situation der Divergenz dem Versicherer eindeutig erlaubt, sich an den aktuellen medizinischen Behandlungsstandards und -empfehlungen zu orientieren und nicht am Wortlaut der Rechtsprechung festzuhalten; ja es ist geradezu Pflicht von Vertrauensärzt/innen wie Versicherern, der Prüfung, ob geschlechtsangleichende Massnahmen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich seien, jeweils den aktuellen Wissensstand der Medizin zu Grunde zu legen. Für geschlechtsangleichende Massnahmen bedeutet dies eine Abkehr von den Voraussetzungen eines Mindestalters, einer Mindestdauer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Begleitung und einer zwingenden Behandlungsabfolge, damit eine Leistungspflicht der Krankenversicherer entsteht.

[Rz 37] Darüber hinaus können die neuen Diagnosen und Behandlungsstandards respektive -empfehlungen von Seiten der Jurist/innen auch als Aufforderung gelesen werden, sich vermehrt der Realität eines Geschlechterkontinuums zu stellen, das keine binäre Begrenzung kennt, sowie der Möglichkeit einer dynamischen Geschlechtsentwicklung im Verlauf einer Biographie. Nebst der medizinischen Pluralität ist dabei namentlich auch an das dritte, amtliche Geschlecht «X», das einzutragen verschiedene Staaten mittlerweile zulassen, zu denken.<sup>51</sup> In Zukunft werden die Gerichte als Teil der Gesellschaft genauso wenig wie diese selbst um diese Fragen herum kommen.

---

DAVID GARCIA NUÑEZ, Dr. med. (FMH) und Sexualtherapeut (DGfS), leitet das Gender-Dysphorie-Team am Universitätsspital Zürich. Er forscht und publiziert zu sexualwissenschaftlichen Themen, welche die medizinische und psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung von sexuellen Minderheiten (homo- und bisexuelle Personen, Transmenschen, Personen mit intersexuellen Merkmalen) betreffen.

ALECS RECHER, dipl. klin. Heilpädagogin (Uni FR) und MLaw (UZH), forscht und publiziert zu Rechten von Transmenschen und leitet die Rechtsberatung Transgender Network Switzerland. Er doktoriert an der Universität Luzern im Rahmen eines SNF-Projektes zu Rechtsfragen der Entwicklung von Arzneimitteln gegen seltene Krankheiten.

---

1 DIAMOND, MILTON: Biased-Interaction Theory of Psychosexual Development: «How Does One Know if One is Male or Female?», Sex Roles, Nr. 55, 2006, S. 589–600.

2 Yogyakarta-Prinzipien, Fn. 2, in der Übersetzung von: Schriftenreihe der Hirschfeld-Eddy-Stiftung, Band 1, Berlin 2008.

3 «Trans» steht für die diversen Selbstbezeichnungen wie trans, transgender, transident, transsexuell etc. Insbesondere letzterer Terminus wird bewusst nicht verwendet, da das Trans-Sein einer Person den Aspekt der Geschlechtsidentität betrifft und nicht ihre Sexualität oder ihre sexuelle Orientierung. Vgl. auch RAUCHFLEISCH, Udo: Transsexualität – Transidentität, 2. Aufl., Göttingen 2009, S. 23.

4 Art. 7 Abs. 2 lit. o ZStV nennt «Geschlechtsänderung» als Möglichkeit der Veränderung des Eintrages im Zivilstandsregister.

5 Der Terminus der Geschlechtsangleichung rückt die Geschlechtsidentität, an die das Erscheinungsbild oder der Personenstand angeglichen werden, als bestimmendes Element in den Vordergrund. Der frühere Begriff der



«Geschlechtsumwandlung» ist entsprechend unpräzise.

6 Eingehender dazu: RECHER, ALECS: *Änderung von Name und amtlichem Geschlecht bei Transmenschen in der Schweiz, Ein Vorschlag für eine (grund-)rechtskonforme Handhabung*, Masterarbeit Zürich, 2012.

7 Der Unterstrich, Gendergap genannt, steht für den Raum zwischen rein männlichen und rein weiblichen Geschlechtsidentitäten.

8 GARCIA NUÑEZ, DAVID et al.: Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie: Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen, Schweizerisches Medizin-Forum, Nr. 19, 2014, S. 382–387.

9 Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 98/04 vom 29. November 2004 E. 4.1; BGE 120 V 463 E. 6c S. 471 f.

10 BGE 105 V 180.

11 BGE 120 V 463 Regeste.

12 BGE 114 V 162 E. 4 S. 167, den in französischer Sprache ergangenen Entscheid BGE 114 V 153 wiedergebend.

13 BGE 137 I 86 E. 7.3.3.2 S. 99.

14 Urteil des EGMR *Schlumpf gegen Schweiz* Nr. 29002/06 vom 8. Januar 2009, § 115: «Le respect de la vie privée de la requérante aurait exigé la prise en compte des réalités médicale, biologique et psychologique, exprimées sans équivoque par l’avis des experts médicaux, pour éviter une application mécanique du délai de deux ans.»

15 BGE 137 I 86.

16 BGE 125 V 21 E. 5b S. 28.

17 American Psychiatric Association: *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*, Arlington 2013.

18 Siehe zur Übernahme in den Rechtskontext auch den oben zitierten BGE 114 V 162 E. 4 S. 167.

19 Zur menschenrechtlichen Problematik dieser Psychopathologisierung: HAMMARBERG, THOMAS: *Human Rights and Gender Identity*, Issue Paper, CommDH/IssuePaper(2009)2, Strassbourg 2009, Chap. 3.3. Im Rahmen der aktuellen Revision des ICD wird auch eine Neukategorisierung von Transmenschen als nicht psychisch- und verhaltensgestört diskutiert.

20 DILLING, HORST et al. (Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien*, Bern 1991.

21 RAUCHFLEISCH, UDO: *Transsexualität – Transidentität*, 2. Aufl., Göttingen 2009, S. 29, umschreibt den Alltagstest als «(...) vor allfälligen hormonellen und chirurgischen Interventionen bereits während ein bis zwei Jahren täglich 24 Stunden in der angestrebten Geschlechtsrolle leben» zu müssen.

22 COLEMAN, ELI et al.: *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people*, Version 7, International Journal of Transgenderism, Band 13, Heft 4, 2011, S. 165–232.

23 [http://admin.associationsonline.com/uploaded\\_files/140/files/German%20Standards%20v2.pdf](http://admin.associationsonline.com/uploaded_files/140/files/German%20Standards%20v2.pdf) (zuletzt besucht am: 14. Juli 2014).

24 SoC-7, Fn. 1.

25 SoC-7, S. 2 ff.

26 SoC-7, S. 10 ff.

27 SoC-7, S. 13.

28 SoC-7, S. 42 ff.

29 SoC-7, S. 66 ff.

30 SoC-7, S. 77.

31 SoC-7, S. 63 ff.

32 SoC-7, S. 1 ff.

33 Insb. SoC-7 S. 6, 11.

34 SoC-7, S. 4.

35 SoC-7, S. 43 ff.

36 Das Gender-Dysphorie-Team wird von Fachpersonen aus den Kliniken für Gynäkologie, Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, plastische Chirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie und Reproduktions-Endokrinologie gebildet. Aus historischen Gründen wird es von den Kolleg/innen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet.

37 Die «Fachgruppe Trans\*» ist ein Zusammenschluss verschiedener nationaler Expert/innen mit langjähriger Erfahrung im Bereich der Transgendergesundheit. Ähnlich der WPATH versucht die Fachgruppe die psychische, medizinische und soziale klinische Versorgung von Transmenschen sowie die Forschung in diesem spezifischen Bereich qualitativ und quantitativ voranzutreiben.

38 GARCIA NUÑEZ, DAVID et al.: Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie: Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen, Schweizerisches Medizin-Forum, Nr. 19, 2014, S. 382–387.

39 DE CUYPERE, GRIET et al.: Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery, *Sexologies*, Band 15, Heft 2, 2006, S. 126–133.

40 WALTER, HANS PETER: *Interne richterliche Unabhängigkeit*, in: «Justice - Justiz - Giustizia» 2005/1, Rz. 21.

41 BGE 105 V 180, mit vielfachen Verweisen auf die medizinische Wissenschaft.

42 BGE 114 V 162 E. 4 S. 167, den in französischer Sprache ergangenen Entscheid BGE 114 V 153 wiedergebend.

43 Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 110/05 vom 5. Dezember 2005 E. 3.4.

44 BGE 137 I 86 E. 9.2 S. 104.

45 Urteil des EGMR *Goodwin gegen Vereinigtes Königreich* Nr. 28957/95 vom 11. Juli 2002, § 92. In Urteil des EGMR *Van Kück gegen Deutschland* Nr. 35968/97 vom 12. Juni 2003, § 49 ff., und in Urteil des EGMR *Schlumpf gegen Schweiz* Nr. 29002/26 vom 8. Januar 2009, § 113, gibt der Gerichtshof diese Grundregel auch in Entscheiden über die Kostenübernahme für geschlechtsangleichende Eingriffe wieder.

46 BGE 133 V 115 E. 3.1 S. 116.

47 BGE 127 V 138 E. 5 S. 146.

48 Für eine Übersicht siehe: FRANZEN, JANNIK / SAUER, ARN: *Benachteiligung von Trans\*Personen, insbesondere im Arbeitsleben, Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*, Berlin 2010, S. 31 ff. Für die Schweiz zeigte sich eine Arbeitslosenrate von 20 % und 40 % selbständig Erwerbende: JENZER, HELENA et al.: *Transpersonen und Arbeitsmarkt in der Schweiz*, 2012.

49 Eingehender zum Recht von Transmenschen auf Zugang zur Gesundheitsversorgung: HAMMARBERG, THOMAS: *Human Rights and Gender Identity*, Issue Paper, CommDH/IssuePaper(2009)2, Strassbourg 2009, Chap. 3.3.

50 Nach Art. 57 Abs. 1 KVG müssen Vertrauensärzte die in Art. 36 KVG aufgeführten allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen für Ärzt/innen erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.

51 Ausführlicher dazu: RECHER, ALECS: *Rechte von Transmenschen*, in: Ziegler, Andreas / Montini, Michel / Copur, Eylem (Hrsg.): *LGBT-Recht*, 2. Aufl., Basel 2014 (Erscheinen geplant).

Weblaw Inside

Firmenportrait  
Team  
jobs@weblaw  
news@weblaw  
Medien  
Referenzen

Competence

Editions Weblaw  
Technology  
Services  
Consulting  
Education  
Weblaw Inside

Editions Weblaw

Jusletter  
Richterzeitung  
Push-Service  
Entscheide  
Gesundheitsrecht- Rechtsbibliografie  
Set  
E-Books  
Fremdprodukte

Services

Lawjobs  
Agenda  
PerSonalia  
Network  
Werbung  
Juristische  
Linkdatenbank